

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la aseguradora, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud."

Lugar en que se Completa: _____ Fecha: Mes ____ / Día ____ / Año ____

Nº Póliza Colectiva: _____ Nº de Certificado: _____

TOMADOR: IDENTIFICACIÓN:

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASEGURADO PROPUESTO

Apellido/Nombre		Nacionalidad:		
Tipo y Número de Documento de Identidad:	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento Día /Mes /Año	Edad	Peso ____ Estatura ____
Domicilio - Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal	Números de Teléfono Casa _____ Fax: _____ Celular _____			
Dirección Correspondencia <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro _____		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión de Hecho		
Dirección de Correo Electrónico		Ingreso Anual:		

DATOS DEL OBJETO O INTERÉS QUE SE SOLICITA ASEGURAR

Póliza "Protección Tarjeta de Crédito", cuya cobertura básica es un seguro de Saldo Deudor para Tarjetas de Crédito, que pagará al Tomador, en su calidad de Beneficiario, el valor del Saldo Adeudado del Asegurado de la Tarjeta de Crédito en caso de fallecimiento de éste por cualquier causa, y ofrece coberturas opcionales que pueden ser adquiridas mediante el pago de una prima adicional.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO

El asegurado y los dependientes certifican en conjunto que las respuestas a continuación son precisas y exactas.

Tipo de Tarjeta: _____ Número de Tarjeta: _____

Declaración de Condiciones Pre-existent: Indique si ha sido diagnosticado y/o sufrido algún accidente, lesión, enfermedad, o trastorno de la salud, que hayan requerido de Hospitalización, Tratamiento Médico, Cirugía y/o Medicamentos, o si ha tenido algún síntoma de importancia, con anterioridad a la presente fecha:

Descripción (Diagnóstico, tratamiento y medicamentos)	Médico u hospital de atención	Fecha de atención (Mes/Año)	Duración

¿Cuáles medicamentos toma actualmente?

¿Ha sido diagnosticado con Covid-19? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha del Diagnóstico _____	¿Estuvo hospitalizado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Estuvo en UCI? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Usted ha recibido el esquema completo de vacunación contra el Covid-19? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	--------------------------------	---	--	---

¿Usted se encuentra actualmente tramitando Pensión o Indemnización por Invalidez Total y Permanente? SI NO

¿Usted ha tramitado en el pasado alguna solicitud de Pensión o Indemnización por Invalidez Total y Permanente? SI NO

PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO: Desde: _____ Hasta: _____

ELECCIÓN DE COBERTURAS

Cobertura Básica: Muerte por Cualquier Causa

Coberturas Adicionales:
 Desempleo Robo y Fraude Incapacidad Total y Permanente

Cobertura de Servicios Opcional:
 Cobertura de Gastos Funerarios SI NO
 Cobertura de Asistencias: SI NO
 Cobertura de Servicios de Asistencia SI NO

Plan Seleccionado de Servicios de Asistencia: Aplica para el Asegurado, el Cónyuge e hijos menores de dieciocho (18) años del Asegurado.
 Elite A Elite B Elite C Estándar A Estándar B Mujer A Mujer B Mujer C

OTROS TEMAS

En caso de conflicto o disputa relacionada con la póliza, aplicarán las leyes de la República de Costa Rica. Las partes se someten a la venia exclusiva y jurisdicción de la República de Costa Rica, para la resolución de dicho conflicto o disputa. Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna provisión de la solicitud de seguro, de esta póliza o de ningún otro documento emitido al respecto. El asegurado propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o la omisión de información en la solicitud de seguro resultará en la denegación de cobertura de la póliza o su anulación. Solamente un oficial autorizado de la aseguradora tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

Su participación en el seguro colectivo lo es en carácter de tercero relevante, solo el tomador y el asegurador, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del contrato colectivo dentro del marco de ley. Usted tiene derecho a aportar una póliza distinta que sea admitida por el acreedor y respecto a esta, a utilizar su propio intermediario.

PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICITUD

“La solicitud de seguro que cumpla con todos los requerimientos del asegurador deberá ser aceptada o rechazada por este dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si el asegurador no se pronuncia dentro del plazo establecido, la solicitud de seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, el asegurador deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.”

La Solicitud de Seguro será analizada de acuerdo con la política de suscripción de la Compañía dentro de los plazos señalados. El área de suscripción, comercial o el intermediario a cargo en su caso comunicará lo que corresponda al medio señalado por el propuesto asegurado en la Solicitud de Seguro.

INDICACIÓN DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN PREVIO AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

() Marcando esta casilla usted MANIFIESTA haber recibido información sobre este producto al perfeccionamiento del contrato, además que se le informó que ingresando a la página web (www.segurosbmicr.com) usted podrá obtener información completa de todos los productos que ofrece la aseguradora.

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud”.

Fecha ____/____/____
Día Mes Año

Firma del Testigo/Agente

Firma del Asegurado Propuesto

La documentación contractual y la nota técnica que integran estos productos, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro P14-40-A10-727 de fecha 12/08/2017

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
8950 S.W. 74 Court, Piso 24, Miami, FL 33156
Tel. (305) 443-2898 * Fax (305) 442-8486 *
e-mail: bmi@bmicos.com

Sucursal
San Rafael de Escazú, Edificio BMI, calle paralela a la Ruta 27
San José, Costa Rica
Tel. CR (506) 2228-6069, 0800-200-20-20